

An den
Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa
Fachbereich Gesundheit
Käthe-Kollwitz-Str. 2A
03149 Forst (Lausitz)/Barść (Łużyca)

Absender:

Anzeige nach § 12 Abs. 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) vom 23. April 2008 (GVBl. I, Nr. 5, S. 95), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. November 2023 (GVBl.I/23, [Nr. 23]).

Anzeigepflichtiger Beruf des Gesundheitswesens:

Berufsbezeichnung: _____ 2)

1) Beginn der selbständigen Berufsausübung zum _____

1) Beendigung der selbständigen Berufsausübung zum _____

1) Änderungsmitteilung zum _____
Datum

Anzeigepflichtige kranken- und Altenpflegerische Tätigkeit:

JA 1) (siehe Rückseite) NEIN 1)

Anzeigepflichtige Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens:

JA 1) (siehe Rückseite) Änderung: 1) (siehe Rückseite) NEIN 1)

1. Personalien des Anzeigenden

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon, E-Mail-Adresse:	

2. Angaben zur Einrichtung

Bezeichnung:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
Einzugsbereich:	

1) Zutreffendes bitte ankreuzen

2) Bei Anmeldung eine **beglaubigte** Kopie der Urkunde als Anlage beifügen!

3. Angaben zur Qualifikation

nachgewiesene ²⁾ Qualifizierung/ Spezialisierung/ Weiterbildung	
---	--

4. Angaben zu den Beschäftigte (gegebenenfalls Blatt beifügen)

Lfd.-Nr.:	1	2	3
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Berufs- bezeichnung ²⁾			
Qualifizierung/ Spezialisierung ²⁾			
Datum der Aufnahme der Beschäftigung			
Datum der Beendigung der Beschäftigung			

Schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anmeldung erbeten?

JA ¹⁾ NEIN ¹⁾

Datum, Ort

Unterschrift der anzeigenden Person

sonstiger Kommentar

--

¹⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen.

²⁾ Eine **beglaubigte** Kopie der Urkunde als Anlage beifügen!